



**Critérios de Referenciação para a Consulta Interna de Nutrição
a Doentes de Internamento do Hospital Pedro Hispano, E.P.E.**

**Referentiation Criteria for Internal Nutrition Consultation
in Inpatients of Hospital Pedro Hispano, EPE**

Sandra Cristina Duarte Ribeiro

Orientado por: Professor Doutor Pedro Graça

Co-orientado por: Dra. Liliana Sousa

Tipo de documento: Revisão Temática

Ciclo de estudos: 1.º Ciclo em Ciências da Nutrição

**Instituição académica: Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da
Universidade do Porto**

Porto, 2012

Resumo

A desnutrição e o risco de desnutrição em contexto hospitalar continua a ser um problema subdiagnosticado e subvalorizado. Estudos tem sido conduzidos no sentido do levantamento de dados acerca da prevalência da desnutrição e do risco nutricional assim como na elaboração de recomendações por forma minimizar o impacto negativo desta situação. Impacto negativo esse traduzido em maiores índices de morbimortalidade e custos com a despesa na saúde.

Pese embora a investigação e deteção do problema e a definição de estratégias de atuação, o facto é que a desnutrição em contexto hospitalar abrange ainda 20 a 50% dos doentes admitidos em internamento.

Aumento das complicações clínicas, do tempo do internamento hospitalar, da mortalidade e dos custos com a saúde, são de uma forma muito lata as consequências de uma intervenção aquém do ideal neste domínio.

A presente monografia pretende dar um contributo ao nível do que se tem investigado e proposto nesta área. Aprofunda-se a informação objetiva com as perceções da própria autora sobre o tema e conclui-se com o apontar de algumas propostas de intervenção.

Abstract

Malnutrition and the risk of malnutrition in hospital settings remains an underdiagnosed and underappreciated problem. Studies have been conducted to survey the data on the prevalence of malnutrition and nutritional risk as well as making recommendations in order to minimize the negative impact of this

situation. Negative impact expressed in higher rates of mortality and costs in health.

Despite the research and detection of the problem and developing strategies for action, the fact is that malnutrition in the hospital setting covers 20-50% of patients admitted to hospital.

Increase in clinical complications, time of hospitalization, mortality and health care costs, are very broadly the consequences of a suboptimal intervention in this area. This document aims to contribute to a reflexion on what has been investigated and proposed in this area. Aim to deepen this information with my own perceptions on the subject. I conclude with some proposals on the point of intervention.

Palavras-Chave

Rastreo Nutricional, Risco Nutricional, Desnutrição, Custos na Saúde, Multidisciplinaridade.

Nutritional Screening, Nutritional Risk, Malnutrition, Health Costs, Multidisciplinary.

Índice

Resumo	i
Abstract	i
Palavras-Chave	ii
Introdução	1
Desenvolvimento	2
Definição de conceitos	2
Dimensão da problemática	3
Referenciação para a consulta interna de Nutrição nos doentes internados	7
Análise Crítica	12
Referências Bibliográficas	16

Introdução

Com uma monografia no âmbito de um estágio académico pretende-se demonstrar perante um júri o que se estudou acerca de um determinado tema. Ao mesmo tempo que se valoriza a profundidade com que se aborda o tema também se valoriza a capacidade de síntese, tão necessária a que se consiga condensar em quinze páginas o que de mais atual e relevante se estudou.

O presente tema surge não só pelo interesse da autora no assunto, sua dimensão e atualidade mas também porque no Hospital Pedro Hispano, local foram desenvolvidas a maioria das atividades de estágio, foi-lhe dada a oportunidade de uma inserção em contextos à luz do tema em questão.

A discussão que se coloca ao longo das seguintes páginas é assim suscitada pelas leituras efetuadas assim como pelas próprias perceções sobre o tema, baseadas nas atividades desenvolvidas ao longo do estágio em contexto hospitalar. Não se trata assim apenas de uma revisão temática, mas de um entrecruzamento desta com a experiência vivida no terreno e o identificar de formas possíveis de minimizar a ocorrência e o impacto da desnutrição em contexto hospitalar.

As sugestões que adiante se apontarão beneficiariam de um período mais longo de reflexão e amadurecimento, estando obviamente, sujeitas a críticas.

Evidencia-se ao longo da leitura da presente monografia uma maior densidade de contributos provenientes de leituras no seu início, o qual diminui à medida que se avança para o final da mesma. Esta situação resulta de uma interação entre a vivência da autora e a sua reflexão no contexto do estágio e os conceitos abordados ao longo do texto.

Esta é uma primeira abordagem da autora sobre o tema. Quem sabe se noutro

contexto não poderá a mesma ser aprofundada? Só o tempo e a oportunidade o dirão.

Desenvolvimento

Definição de conceitos

A identificação de critérios de referenciação para a consulta interna de Nutrição a doentes de internamento do Hospital Pedro Hispano, E.P.E. (HPH), diz respeito, no caso concreto desta monografia, à deteção precoce e à posterior intervenção nutricional a doentes em risco nutricional ou desnutridos.

Assim, para uma melhor perceção desta temática segue-se uma definição e enquadramento de conceitos.

Desnutrição é um termo muito abrangente. Poderá ser definida como um “estado nutricional no qual a deficiência ou excesso (ou desequilíbrio) energético, proteico e de outros nutrientes causam efeitos adversos mensuráveis nos tecidos / forma corporal (tamanho e composição), função e implicações clínicas.”⁽¹⁾

A desnutrição pode desenvolver-se como consequência de uma deficiente ingestão alimentar, como consequência de exigências crescentes associadas a um estado de doença, no seguimento de complicações de uma doença subjacente, em situações de má absorção e excessivas perdas de nutrientes ou a partir de uma combinação destes fatores.^(2, 3)

A desnutrição associa-se a resultados negativos para os pacientes, incluindo infeção por alteração da capacidade de resposta imunológica, maior taxa de complicações, atrofia e perda muscular aumentada, cicatrização prejudicada, alterações da coagulação, alterações na capacidade respiratória, maior probabilidade de aparecimento de úlceras de pressão, diminuição dos níveis de

proteínas viscerais, por exemplo a albumina, aumento do tempo de permanência hospitalar, aumento dos índices de morbilidade e mortalidade assim como aumento dos custos hospitalares.⁽⁴⁻⁶⁾

Assumem particular importância os doentes que, pelo seu estado de doença, apresentam uma ingestão alimentar reduzida, com conseqüente diminuição de ingestão energético/proteica, o que acarreta consigo um impacto negativo no estado nutricional com uma maior probabilidade de surgimento das complicações clínicas descritas.^{(7) (8)}

Pelo exposto, facilmente se enquadra a importância de se identificar precoce e adequadamente os casos de desnutrição e risco nutricional, assumindo bastante relevo a instituição de tratamento nutricional.

Apesar dos inúmeros avanços na medicina e nos cuidados clínicos, a simples correção do estado nutricional do paciente parece ser subvalorizada ou não suficientemente considerada como uma prioridade médica.⁽⁴⁾

Dimensão da problemática

Para melhor se perceber a dimensão da desnutrição, no caso concreto desta monografia, da desnutrição em contexto hospitalar, torna-se relevante uma apreciação dos resultados obtidos em estudo efetuados em diversos hospitais acerca da prevalência da mesma.

Um estudo transversal realizado em Portugal em dois hospitais públicos, envolvendo 469 doentes, detetou que 42% dos doentes se encontravam em risco nutricional⁽⁹⁾. Número este que se encontra-se dentro do padrão evidenciado por diversos estudos (20 a 50%).⁽⁹⁾ Neste estudo, os pacientes em risco nutricional

tinham como principais características o facto de terem uma idade mais elevada, menor peso corporal, menor capacidade funcional e maior possibilidade de terem vindo ou serem transferidos para outros hospitais.⁽⁹⁾

Um estudo de coorte, multicêntrico,⁽¹⁰⁾ efetuado em treze hospitais alemães, envolvendo 1886 pacientes de diferentes especialidades concluiu que 1 em cada 4 pacientes se encontrava desnutrido. O SGA (*Subjective Global Assessment*) e as medidas antropométricas foram os instrumentos usados na admissão para diagnóstico da desnutrição, a qual foi identificada em 27,4% dos doentes em causa. Concluiu-se também que este cenário de desnutrição é mais prevalente nos pacientes com idade superior a 70 anos (17,1%) do que nos pacientes a partir dos 30 anos (7,8%). É também mais prevalente nos serviços de geriatria (56,2%), oncologia (37,6%) e gastroenterologia (32,6%). Uma análise multifatorial revela três fatores de risco independentes: idade aumentada, polimedicação e doença maligna.⁽¹⁰⁾

Em hospitais belgas, um estudo transversal, levado a cabo em 2329 pacientes chegou à conclusão que 43% dos pacientes se encontrava em risco de desnutrição enquanto que 33% se encontram efetivamente desnutridos. Disfagia, ageusia e o facto o doente ser cuidado em casa previamente ao internamento seriam fatores fortemente associados à desnutrição.⁽¹¹⁾

Nos hospitais australianos a desnutrição afeta cerca de 40% dos doentes sujeitos a internamento.⁽⁴⁾

Como se constata, existe a nível nacional e internacional uma elevada prevalência da desnutrição no âmbito dos serviços prestadores de cuidados de saúde, no caso em análise, em contexto hospitalar. É, no entanto, amplamente sub reconhecida e sub diagnosticada o que resulta num declínio do estado nutricional do doente.^(6, 12)

Nos países desenvolvidos, o aumento da prevalência da obesidade e as consequências daí resultantes podem ter contribuído para a falta de reconhecimento da desnutrição.⁽⁶⁾

O Conselho Europeu atribui bastante relevância ao rastreio, avaliação e tratamento nutricional. Em 1999, o Conselho Europeu avaliou práticas de apoio nutricional em doze países europeus classificando-as no global como dispersas e inconsistentes.⁽¹³⁾

Dado o impacto negativo da desnutrição na mortalidade e morbilidade, deve ser dada uma especial relevância a uma efetiva política nutricional.^(4, 11)

A desnutrição relacionada com a doença está diretamente relacionada com o aumento dos custos hospitalares com o tratamento do doente.⁽⁹⁾ Em média tratar um doente em risco nutricional aumenta os custos hospitalares em 19%.⁽⁹⁾

Neste sentido e, de acordo com um grau de recomendação A (NHMRC - *National Health and Medical Research Council*) recomenda-se que os profissionais de saúde sejam informados que a desnutrição está associada a efeitos clínicos adversos e custos aumentados.⁽⁶⁾

Torna-se assim importante uma abordagem multidisciplinar para minimizar esta situação e o seu impacto. Impacto esse tão importante que deveriam ser criadas molduras legais para que a má-nutrição fosse considerada um problema de saúde pública.⁽¹⁴⁾

A desnutrição assume-se assim como um fardo para os pacientes e para as instituições de saúde.

O conceito desnutrição está definido, as implicações clínicas, sociais e económicas daí decorrentes estão apontadas. Surge agora a questão? O que

fazer para detetar precocemente esta situação e minimizar o seu impacto negativo no doente e nas instituições de saúde?

Previamente à intervenção torna-se necessário a existência de uma estrutura organizacional. A existência de um serviço de nutrição ou uma equipa de nutrição está diretamente associada à melhoria do estado de doença do paciente, à diminuição do tempo de hospitalização e à melhoria na eficácia ao nível dos custos.^(15, 16) Quando o hospital em causa não dispõe de um serviço ou equipa de nutrição o suporte nutricional deverá ser garantido por uma equipa multidisciplinar.⁽¹⁷⁾

De acordo com as recomendações da ASPEN (*American Society for Parentic and Enteric Nutrition*), a nível organizacional, a direção de um serviço ou equipa de nutrição deverá estar a cargo de um profissional de saúde com habilitações apropriadas, treino especializado ou experiência na administração de suporte nutricional.⁽¹⁷⁾

Ao nível das políticas e procedimentos, a ASPEN⁽¹⁷⁾ enfatiza a necessidade de se criarem políticas e procedimentos com o contributo e a revisão de todos os que fazem parte do serviço ou equipa nutricional. As mesmas deverão ser revistas periodicamente no sentido de otimizar o suporte nutricional e consequentemente a melhoria do doente. Torna-se também importante rever e partilhar conhecimento no que diz respeito ao desempenho do serviço de nutrição, indicadores de qualidade, dados de evolução do paciente, eventos adversos relacionados com a administração da terapêutica nutricional.

Salienta-se a importância de um rastreio e avaliação nutricional do doente admitido no hospital baseado num protocolo pré-estabelecido, com registo no processo clínico do doente.⁽¹⁸⁾

O seguinte algoritmo evidencia de forma muito clara o processo de apoio

nutricional ao doente aquando da sua admissão em contexto hospitalar.

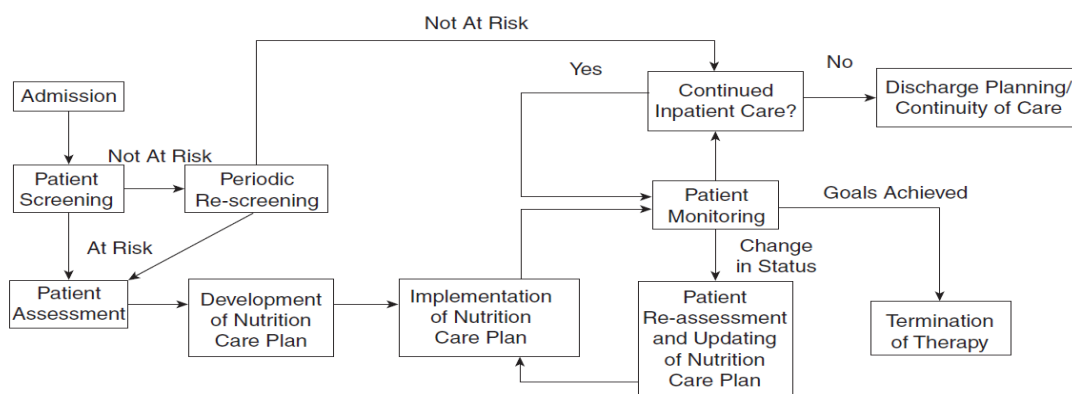


Figure 1. Nutrition care algorithm (adapted from Standards for Specialized Nutrition Support: Adult Hospitalized Patients⁶⁰).

Fig. 1 – Algoritmo de Suporte Nutricional⁽¹⁷⁾

No que diz respeito ao tratamento nutricional este deverá seguir uma serie de fases que deverão ser constantemente reavaliadas e reajustadas se necessário. São elas o rastreio nutricional, avaliação nutricional, definição de um plano de suporte nutricional, implementação do plano, monitorização e avaliação do plano de suporte nutricional, avaliação do contexto global onde o plano nutricional se insere, reformulação do plano ou conclusão da terapia nutricional.

Referenciação para a consulta interna de Nutrição nos doentes internados

Como descrito até ao momento, a desnutrição existente em contexto hospitalar, para além de acarretar sérias dificuldades na evolução favorável do estado clínico do doente, traz consigo um aumento de despesas hospitalares, já que o doente necessita de um maior tempo de internamento e em consequência disso um avultar da despesa com o seu tratamento.

Por forma a garantir que todos os doentes têm acesso a cuidados de saúde de qualidade, o Instituto Britânico para a Saúde e Excelência Clínica (NHS), publicou

em 2006 linhas de orientação para o suporte nutricional de adultos. *Guidelines* essas em vigor até à data. Por serem *guidelines* europeias e pelo seu conteúdo se manter pertinente e adequado até à data, o seguinte esquema de referenciação de doentes para a consulta interna HPH, é baseado nas orientações em questão.

Tendo em consideração o doente admitido e sujeito a internamento no HPH, pretende-se com o presente documento dar resposta aos seguintes pontos:

- A quem e quando efetuar um rastreio nutricional?
- Como identificar o risco nutricional ou uma efetiva desnutrição? Com que instrumentos? Através de que profissionais? Com que regularidade?
- Caso se identifiquem as situações descritas como proceder?
- Como enquadrar esta rotina em termos organizacionais?
- Qual a real importância de se introduzir o rastreio, identificação, tratamento, monitorização e reavaliação do estado nutricional do doente como procedimentos de rotina na prática clínica diária?

Respondendo às questões colocadas:

- O rastreio para identificação de desnutrição ou risco de desnutrição deve ser realizado por profissionais de saúde com competências e treino para tal.
- O rastreio deverá ser realizado no momento em que o doente é admitido para internamento e na primeira consulta clínica após alta hospitalar.
- A monitorização deverá ser repetida semanalmente ou sempre que o estado clínico do doente o justifique.
- A instituição de suporte nutricional deverá ser efetuada nos doentes onde se identifique risco de desnutrição ou desnutrição efetiva. Entende-se por doente desnutrido aquele no qual se identifica uma das seguintes situações:
- Índice de massa corporal (IMC) inferior a 18.5 kg/m²,

- Perda de peso não intencional superior a 10% do peso corporal total nos últimos 3-6 meses,
- Índice de massa corporal inferior a 20 Kg/m² e perda de peso não intencional superior a 5% do peso corporal total nos últimos 3-6 meses.

Entende-se por doente em risco de desnutrição aquele em que se identifica uma das seguintes situações:¹

- Ingestão alimentar reduzida ou inexistente nos últimos 5 dias e/ou possibilidade de vir a ocorrer essa ingestão reduzida ou inexistente nos próximos 5 ou mais dias,
- Reduzida capacidade absorptiva e/ou grandes perdas de nutrientes e/ou aumento das necessidades nutricionais devido a estados catabólicos.

Para que se possa instituir a rotina descrita assume importância uma estrutura organizacional capaz de dar suporte a este procedimento. Torna-se assim premente a existência de um Serviço de Nutrição, já existente no caso do HPH. Para além da existência de um serviço de nutrição é importante assegurar, ainda de acordo com as *guidelines* do NHS, que:

- Seja garantida formação aos profissionais de saúde diretamente envolvidos no cuidado do doente acerca da importância de se garantir um bom suporte nutricional
- Os profissionais de saúde deverão garantir que todos os doentes que necessitem de suporte nutricional sejam apoiados por uma equipa coordenada e multidisciplinar

Neste momento outras questões se colocam: existe apenas um instrumento de

¹ Para além destas situações é importante que o profissional de saúde esteja atento a situações de disfagia.

rastreio? Qual deles usar? Porquê?

A seleção de um instrumento de rastreio para identificação de risco nutricional ou desnutrição assume-se como um desafio.⁽¹⁹⁾ Por um lado implica o conhecimento dos vários instrumentos existentes e por outro lado a capacidade de análise crítica dos mesmos para seleção daquele que melhor se adequa ao contexto onde o mesmo será aplicado.

Para que os instrumentos de rastreio nutricional sejam uteis no seu propósito deverão possuir as seguintes características: fiabilidade, validade, sensibilidade e especificidade.⁽²⁰⁾

Neste sentido, descrevem-se os instrumentos mais usados neste momento, suas possíveis vantagens e limitações.

As recomendações da *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism* (ESPEN)⁽²¹⁾ e da *American Society of Parenteral and Enteral Nutrition* (ASPEN)⁽²²⁾ apontam os instrumentos que poderão ser utilizados no rastreio e avaliação nutricional, por forma a identificar e monitorizar os doentes em risco nutricional ou efetivamente desnutridos.

A ESPEN propõe a utilização de três instrumentos diferentes, nomeadamente o NRS (*Nutritional Risk Screening 2002 – NRS-2002*) para contextos hospitalares,⁽²³⁾ o MUST (*Malnutrition Universal Screening Tool*)⁽²⁴⁾ para a comunidade ou o MNA (*Mini Nutritional Assessment*)⁽²⁵⁾ no caso dos idosos.

Por seu lado a ASPEN, recomenda a utilização da SGA (*Subjective Global Assessment*)⁽²⁶⁾ como instrumento passível de ser utilizado em todas as instituições prestadoras de cuidados de saúde e a qualquer tipo de indivíduos exceto em idade pediátrica.²

² Em idade pediátrica a ASPEN não recomenda nenhuma ferramenta específica de rastreio.

Até ao momento não existe um *gold standard* no que diz respeito ao instrumento de rastreio e avaliação nutricional para uso em doentes hospitalizados.^(27, 28)

Em Portugal não existem recomendações a este propósito pelo que o recurso às *guidelines* internacionais é uma forma de contornar essa lacuna.

No entanto, apesar de não existir consenso quanto ao instrumento torna-se premente rastrear esta situação, pelas implicações clínicas, sociais e económicas que acarreta, claramente evidenciadas ao longo desta reflexão.

Os instrumentos de rastreio nutricional podem ser divididos em instrumentos rápidos e fáceis de utilização e instrumentos mais complexos e aprofundados.⁽²⁷⁾

Os primeiros foram desenvolvidos para serem aplicados por profissionais de saúde, sem competências técnicas na área da nutrição e os segundos para serem utilizados quando os instrumentos iniciais identificam doentes desnutridos ou em risco nutricional. Os instrumentos de rastreio nutricional mais complexos são constituídos por pontos mais preditivos da malnutrição. Esta avaliação nutricional mais complexa fica obviamente a cargo de um profissional de saúde com competências técnicas no âmbito da nutrição, nomeadamente o nutricionista.

Assim pelas leituras efetuadas, uma situação de compromisso será a adoção de um instrumento de rastreio nutricional menos complexo que, numa fase inicial, possa ser usado pela equipa de enfermagem. Caso nessa fase inicial se detete risco nutricional ou uma situação de efetiva desnutrição então, o recurso a um instrumento mais complexo torna-se necessário sob a responsabilidade do nutricionista, profissional habilitado para o efeito.

A utilização de um instrumento de rastreio no momento da admissão no internamento poderá possibilitar a deteção precoce de doentes desnutridos ou em risco nutricional em valores que rondam os 50-80%, deteção precoce esta que

poderá reduzir o tempo de internamento hospitalar.^(29, 30)

Esta visão partilhada, multidisciplinar do trabalho assistencial ao doente é um dos vetores importantes no que diz respeito à gestão da qualidade nos cuidados de saúde. Implica um intercâmbio e integração de conhecimentos, assim como uma prestação de cuidados única, coordenada e de qualidade.⁽³¹⁾

Este processo assistencial integrado pressupõe um conjunto de atuações dirigidas ao doente numa perspetiva multidisciplinar e coordenada, por forma a garantir o princípio da continuidade de cuidados. As atividades e responsabilidades deverão ser bem definidas e encadeadas, permitindo identificar claramente a entrada e a saída da cadeia de cuidados.⁽³¹⁾ Esta visão mais atual do processo assistencial do doente vem reforçar a necessidade do exposto até ao momento de se definirem procedimentos e responsabilidades para que o foco seja, efetivamente as necessidades e expetativas do doente e sua melhoria clínica.

Atualmente, os processos de acreditação das instituições de saúde exigem a implementação de um protocolo de rastreio/avaliação nutricional aquando da admissão do doente.⁽³²⁾

Análise Crítica

Do exposto ao longo destas páginas sobressaem três pontos chave:

- Importância do rastreio nutricional e identificação dos possíveis instrumentos de rastreio. Porquê? Porque como vimos a prevalência de desnutrição e/ou risco nutricional em doentes admitidos em hospitais nacionais e estrangeiros é francamente elevada. Porque a desnutrição ou o risco desta poder a vir ocorrer acarreta um maior risco de morbimortalidade no doente. Porque quanto mais casos de desnutrição e/ou risco nutricional existirem nos nossos hospitais mais

elevada continuará a ser a despesa da saúde devido às complicações clínicas e ao aumento do tempo de internamento que daí advém.

- Sensibilização dos profissionais de saúde / formação dos mesmos / instituição de procedimentos protocolados de rastreio, suporte e monitorização nutricional. Porquê? Porque, por muito boa vontade que os nossos profissionais de saúde tenham relativamente a questões nutricionais, a prática clínica leva a que tendencialmente o profissional se concentre obviamente na sua área de competência. A inexistência na atividade prática diária de protocolos, algoritmos de atuação em contextos nutricionais, relega certamente para segundo plano esta dimensão, fazendo com que uma verdadeira concertação entre os vários profissionais que interagem com o doente não seja até ao momento suficiente para promover uma diminuição marcada dos números elevados de desnutrição hospitalar e complicações que daí advêm.

- Existência de uma estrutura organizacional congregadora desta multidisciplinaridade. Porquê? Porque as organizações necessitam de estruturas que definam formas de atuação, procedimentos, formas de levar a cabo a multidisciplinaridade com o objetivo último de prestar um apoio assistencial de qualidade ao doente. Qualidade essa que passa pela identificação das suas necessidades, formas de ir ao encontro das necessidades, neste caso, clínicas, formas de atuação ancoradas em critérios de excelência e formas de avaliação de todo o processo nutricional.

No meio de todas estas questões extremamente importantes surge uma outra também ela fundamental. A questão económica. Questão esta de suma importância considerando que atualmente a Europa e, concretamente o nosso país, atravessam momentos de mudança que envolvem, entre outras dimensões,

a redefinição da despesa pública, neste caso concreto, das despesas no setor da saúde. Numa altura em que cortes abismais, decretados pelas novas imposições definidas no memorando de entendimento sobre as condicionalidades de política económica, que de certa forma geram instabilidade no que concerne à sustentabilidade do serviço nacional de saúde, assume especial relevo o rastreio nutricional como forma de evitar o agravar do estado clínico do doente. Agravamento esse que se traduz, como vimos, em aumento da morbilidade e aumento do tempo de internamento e respetivas despesas hospitalares.

Se a desnutrição e /ou o risco nutricional forem precocemente detetados, estaremos então a ir ao encontro de uma medida definida no referido memorando, no que concerne à política orçamental para 2012, “controlar os custos no sector da saúde, (...) obtendo poupanças de 550 milhões de euros.”⁽³³⁾ Se avançarmos no memorando em questão, em 2013, pretende-se um “aprofundamento adicional das medidas introduzidas na Lei do OE para 2012, com o objetivo de reduzir as despesas nas áreas do sector da saúde (em) 375 milhões de euros.”⁽³³⁾

Assistimos assim, em apenas dois anos, a cortes no setor da saúde que ascendem a 925 milhões de euros. Onde cortar? Como cortar? São algumas das questões que não reúnem um consenso absoluto.

As medidas apontadas ao longo desta monografia sustentadas em dados concretos, têm como objetivo primordial a prestação de cuidados de saúde de excelência ao doente, sem nunca esquecer porém, a perspetiva economicista, fundamental para a sustentabilidade de um Serviço Nacional de Saúde ancorado em princípios de Gestão da Qualidade.

No caso concreto do HPH, a estrutura organizacional já existe, assim como os recursos humanos necessários à adoção de medidas de rastreio nutricional. O hospital dispõe de um Serviço de Nutrição e Alimentação, dando atualmente

resposta a todos os pedidos de colaboração, neste caso concreto em análise, provenientes dos serviços de internamento. A partir desse momento o rastreio, a identificação, instituição e monitorização de suporte nutricional está assegurado. O que esta reflexão se propôs foi identificar a necessidade e demonstrar a importância da introdução do rastreio nutricional aquando da admissão do doente. Este é o ponto chave da reflexão.

Para que o doente tenha acesso aos cuidados que precisa torna-se fundamental instituir a prática de rastreio nutricional no momento do internamento hospitalar, conduzido numa primeira abordagem, por um profissional de saúde cuja formação e competências técnicas sejam as necessárias para a utilização de uma ferramenta de rastreio nutricional *quick and easy*. Instrumentos mais complexos serão posteriormente manipulados por profissionais com conhecimentos e competências técnicas ao nível da nutrição, no caso do HPH, nutricionistas.

Articula-se assim, uma primeira abordagem não especializada, mas suficientemente capaz de identificar doentes desnutridos ou em risco nutricional, com uma abordagem especializada e mais aprofundada cujo principal objetivo é a deteção e tratamento de situações de alterações nutricionais que comprometem a evolução favorável da situação clínica do doente.

Ao longo da presente monografia ficou demonstrado o problema, a sua dimensão, as suas consequências clínicas, sociais e económicas, restando agora numa fase posterior a esperança na adoção de medidas conducentes à modificação gradual deste panorama.

Referências Bibliográficas

1. Elia M. Guidelines for Detection and Management of Malnutrition. Malnutrition Advisory Group. BAPEN. 2000
2. Naber THS, T.; deBree, A.; Nusteling, K.; Eggink, L.; Kruimel, J.W.; Bakkeren, J.; van Heereveld, H.; Katan, M.B. . Prevalence of malnutrition in nonsurgical hospitalized patients and its association with disease complications. *Am J Clin Nutr*. 1997, 66:1232-39.
3. Soeters PBR, P.L.M.; van Bokhorst-de van der Schueren, M.A.E.; Schols, J.M.G.A.; Halfens, R.J.G.; Meijers, J.M.M.; van Gemert, W.G. . A rational approach to nutritional assessment. *Clin Nutr* 2008, 27:706-16.
4. Barker LA, Gout BS, Crowe TC. Hospital malnutrition: prevalence, identification and impact on patients and the healthcare system [Review]. *International journal of environmental research and public health*. 2011; 8(2):514-27.
5. Caccialanza R, Klersy C, Marinelli M, Cameletti B, Chiara B, Montagna E, et al. A 4-year survey of the activity of a malnutrition task force in an Italian research hospital [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Nutrition*. 2010; 26(5):575-8.
6. Australia DAo. Evidence based practice guidelines for the nutritional management of malnutrition in adult patients across the continuum of care. *Nutrition and Dietetics*. 2009; 66
7. Westergren A LC, Mattsson A, Ulander K. Minimal Eating Observation Form: Reliability and Validity. *The journal of nutrition, health & aging*. 2009
8. Westergren A UM, Ohlsson O, Lorefält B, Hallberg IR. Eating difficulties, assisted eating and nutritional status in elderly (> 65 years) patients in hospital rehabilitation. . *Int J Nurs Stud*. 2002
9. Amaral TF, Matos LC, Tavares MM, Subtil A, Martins R, Nazare M, et al. The economic impact of disease-related malnutrition at hospital admission [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Clin Nutr*. 2007; 26(6):778-84.
10. Pirlich M, Schutz T, Norman K, Gastell S, Lubke HJ, Bischoff SC, et al. The German hospital malnutrition study [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Clin Nutr*. 2006; 25(4):563-72.
11. Vanderwee K, Clays E, Bocquaert I, Gobert M, Folens B, Defloor T. Malnutrition and associated factors in elderly hospital patients: a Belgian cross-sectional, multi-centre study [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Clin Nutr*. 2010; 29(4):469-76.
12. Bavelaar JW, Otter CD, van Bodegraven AA, Thijs A, van Bokhorst-de van der Schueren MA. Diagnosis and treatment of (disease-related) in-hospital malnutrition: the performance of medical and nursing staff. *Clin Nutr*. 2008; 27(3):431-8.
13. Europe Co. Resolution ResAP on food and nutritional care in hospitals. (2003)3
14. a/. MAe. Nutrition in care homes and home care: Recommendations - a summary based on the report approved by the Council of Europe. *Clinical Nutrition*. 2009
15. PJ S. Nutrition Support Teams: an evidence-based practice. *Nutrition in clinical practice : official publication of the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition*. 2005;20:595-96.

16. Force ASPENPMT. The state of nutrition support teams and update on current models for providing nutrition support therapy to patients. Nutrition in clinical practice : official publication of the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. 2010;25:76-84.
17. Ukleja A, Freeman KL, Gilbert K, Kochevar M, Kraft MD, Russell MK, et al. Standards for nutrition support: adult hospitalized patients [Practice Guideline]. Nutrition in clinical practice : official publication of the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. 2010; 25(4):403-14.
18. Enteral SBdNPe. Triagem e Avaliação do Estado Nutricional. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 2011
19. Mirmiran P, Hosseinpour-Niazi S, Mehrabani HH, Kavian F, Azizi F. Validity and reliability of a nutrition screening tool in hospitalized patients [Research Support, Non-U.S. Gov't Validation Studies]. Nutrition. 2011; 27(6):647-52.
20. Green SM WR. Nutritional Screening and Assessment Tools for Older Adults. [literature review]. Journal of advanced nursing.477-90.
21. Kondrup J AS, Elia M, Vellas B, Plauth M. . ESPEN guidelines for nutrition screening. Clin Nutr; 22. 2002:415-21.
22. Directors ABo. Guidelines for the use of parenteral, enteral nutrition in adult and paediatric care. J Parenter Enteral Nutr. 2002; 26:9SA-12SA.
23. Kondrup J RH, Hamberg O, Stanga Z, ad hoc . ESPEN Working Group. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. Clin Nutr 2003; 22:321-36.
24. Hospitals AhG-NPi. Committee of Experts on Nutrition, Food Safety and Consumer Health. Food and nutritional care in hospitals: how to prevent undernutrition. Report and Recommendations of 6th meeting. Draft Final Edition P-SG20022. 2002 Feb 6-7
25. Vellas B GY, Garry PJ, Nourhashemi F, Bennahum D, Lauque S, Albaredo JL. . The mini nutritional assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. Nutrition. 1999; 15(2):116-22.
26. Detsky A S MJR, Baker J P et al. . What is subjective global assessment of nutritional status? J Parenter Enteral Nutr. 1987; 11:8–13.
27. Neelemaat F, Meijers J, Kruizenga H, van Ballegooijen H, van Bokhorst-de van der Schueren M. Comparison of five malnutrition screening tools in one hospital inpatient sample [Comparative Study Validation Studies]. Journal of clinical nursing. 2011; 20(15-16):2144-52.
28. Meijers JM vB-dvdSM, Schols JM, Soeters PB & Halfens RJ Defining malnutrition: mission or mission impossible? Nutrition 26. 2010:432–40.
29. Kruizenga HM VTM, Seidell JC, Thijs A & Van Bokhorst-de van der Schueren MAE Effectiveness and cost-effectiveness of early screening and treatment of malnourished patients. American Journal of Clinical Nutrition 82. 2005a:1082–89.
30. Kruizenga HM SJ, de Vet HC, Wierdsma NJ & van Bokhorst-de van der Schueren MA Development and validation of a hospital screening tool for malnutrition: the short nutritional assessment questionnaire (SNAQ). Clinical Nutrition 24. 2005b:75–82.
31. Saúde) JADD-Gd. Qualidade na Integração e Continuidade de Cuidados Forum Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (s/d)

32. Elia M ZL, Stratton RJ. . To screen or not to screen for adult malnutrition? Clin Nutr. 2005; 24(6):867-84.
33. Português G. Memorando de Entendimento sobre as Condicionantes de Política Económica (tradução da versão original inglesa). 2011. Disponível em: http://www.portugal.gov.pt/media/371372/mou_pt_20110517.pdf.